

病院看護師が認知する施設入所者と在宅療養者の相違

中村陽子

看護学科 臨床看護学講座

Hospital Nurses' Perceptions of Differences between Residents in Long-Term Care Facilities and Residents in Communities receiving Long-Term Care Services and Support

NAKAMURA, Yoko

Department of Clinical Nursing, School of Nursing, University of Fukui

Abstract :

Older adult patients who have been admitted to hospitals for acute medical conditions (medical or surgical) are divided between residents in long-term care facilities(LTCF) and residents in communities receiving long-term services and support(LTSS). After these both patients recovered from acute conditions in health, they might change hospitals or wards for recovery of daily life functions afterwards. In this study, interviews with 9 hospital nurses who described differences between residents in LTCF and residents in communities receiving LTSS were examined.

This study was to clarify how hospital nurses perceived these both patients and reflected them in care. Hospital nurses described difficulties in such transitional care for discharge planning and patient and family teachings to support post-discharge life and different involvements in discharge care among both patients.

4 categories and 15 subcategories were found, and 3 concepts extracted from 4 categories, general perceptions, LTCF related, and LTSS related, overlapped each other. Also, in findings, hospital nurses were more satisfied with care for residences in communities receiving in LTSS. Moreover, although relationships between both patients and their families are getting dilute in recent time, the relationship between residents in LTCF and family caregivers was more dilute. Their family caregivers should ensure proper distance from residences in communities to maintain sense of oneself in facilities. Nevertheless, the relationship between residents in communities and family caregivers spread range from overprotection to maltreat and produced family problems. These findings indicated that hospital nurses were uncertainty in absence of not only whole care that came from system care that composes of clinical pass as a piece of working during admission, but also information of post-discharge life.

Key Words : residents in long-term care facility, residents in long-term service and support, perception

(Received 30 August, 2013 ; accepted 7 October, 2013)

I. はじめに

2011年（平成23年）、65歳以上の高齢者人口は概ね2,980万人余りとなり、総人口比の23.3%を占めるに至った（国民衛生の動向，2013）。2020年（平成32年）には第一次ベビーブーマ世代が後期高齢者に達するため、前期高齢者人口を初めて追い抜くともいわれている（高齢社会白書，2011）。今後も高齢者数のさらなる増加に伴い、介護保険施設に入所する高齢者も当然ながら増加していくと考えられる。因みに、2010年（平成22年）での施設入所者数は、概ね75万人余りで高齢者人口の2.6%に相当した。その内訳において、施設の種類と年齢階級別では、最も入所者の比率の高い年代は85～90歳以上で、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）では61.2%、介護老人保健施設（老人保健施設）で56.9%、そして介護療養型医療施設で55.5%であった（介護サービス施設・事業所調査，2011）。要介護認定においても、2010年度（平成22年）の要介護度別構成割合によれば、介護老人福祉施設で要介護5（全介助）が35.1%、介護老人保健施設で要介護4（ほぼ全介助）が27.1%、そして介護療養型医療施設で要介護5が58.3%（介護サービス施設・事業所調査，2011）と施設入所者は重症傾向にあることが明らかになった。一方、2012年（平成24年）に改正された診療報酬制度に基づき、在院日数の短縮化により地域在宅療養高齢者数は今後益々増加傾向になると推測される。一方で、介護報酬改正にて地域療養高齢者の自立した生活の実現に向けた医療、介護、予防サービスの充実を目的として制度が見直された（国民衛生の動向，2013）。しかし、制度の進展と介護保険サービスの利用高齢者の増加に相違し、現場に係る負担は常態化し、看護師や介護スタッフのマンパワー不足の厳しさが増す一方である。これはより一層の地域にすむ高齢者の重篤化を助長させ、かつ軽度の生活機能低下者の介護サービスの利用を困難に導くことも予測させる。

このように、家族介護者の有無により要介護高齢者の棲み分けが明確化されるようになってきた昨今、このような高齢者が入院の際に病院看護師はどのように受け入れ、感じ、そして何に留意してケアを実践させているのか、施設入所者と在宅療養者間の相違がケアにおいてどのように対応されているのか、あるいは両者の家族関係において病院看護師の介入はどのような

ものなのか、同じ症状や身体レベルであっても家族サポートは高齢者の自立の程度や自己管理能力に大きな影響を与えているのか等の多くの疑問をもった。そして、そのような複雑な特徴を看護師は認知して対応するのと、しないのではケアの質に大きく影響を与えるのではないかと考えた。しかし、このような問題に鑑みた病院看護師の在宅高齢者と入所者への認知に関する先行研究は皆無であった。その中で認知症ケアに関して、病院看護師と介護職員のケア視点の比較に関する報告では大きな相違はなかった（Adelheid, Z, 2009）。一方、多くの先行研究では介護職員のケアに関するものであった。そしてそれらは概ね4つの側面で報告されていた。その1つは人事的側面であり、個別性の強い高齢者ケアにおいて施設の組織的、系統的な人事配置は困難であるが、介護者の技術レベルや成長プロセスを通してケアの質を考え、人材を配置すべきであることを指摘している。要するに人材とケアの質は強い関連性があることが明らかにされていた（Nicholas, G, 2008., Shin, H, J, 2012）。2つ目の入所高齢者の満足感では、入所者は医療者（医師や看護師）に話しかけることが満足感に繋がるが、看護助手のような直接ケアに従事する職員には話すことを拒む傾向があった。その理由は虐待と関連していた。また満足関連因子には施設環境、心理・社会的交流、個別ケア等であったが複合的要因で満足感を感じるものであることを明らかにした（Durkin, W, D, 2012）。このような報告は、病院と施設の機能において医療目的と生活の質というケアにおいて大きな差異もあった。よって、病院看護師のケアの質は施設ケアより医療という域で限局的ではないかと考える。3つ目は、管理において医師より入所者へ専門的ケアをしてくれる専門看護師の方が施設では需要が高く、コスト的にも医療的効果もあがることが明らかになった。このような視点から単独の治療ニーズより側に寄り添うサービスが高齢者医療ニーズにはより重要であることを証明し、サポートシステムの重要性があげられていた（Toles, P, M, 2012）。しかし、これはアメリカ社会における高齢者ケア環境であり、この結果がそのまま日本に適用できるかは問題であるが、高齢者ケアには複雑な要素がからむ難しさがあることは明らかであった。4つ目に教育・指導であり、ケアの質を上げるためには技術や知識教育は不可欠であると

報告していた (Cherry, B, 2007)。以上より、介護施設側からみた高齢者ケアの複雑なニーズ、労働環境および社会環境ともスタッフ教育と密接な関連性があることが明らかになり、それに伴うケアの質の向上も重要であった。これらのことより、本研究では病院看護師からみた在宅療養者と施設入所者の相違を明らかにし、そのケアとの関連性について検討する。

この結果より、高齢者ケアにおける病院看護師の役割と介護福祉との連携の在り方、かつ最終ゴールである高齢者のその人らしい生活を営むための患者と家族指導の意義に寄与できると考える。

II. 用語の定義

1. 施設入所者

介護保険施設に長期入所している高齢者を指し、中程度以上の要介護認定を受けた生活機能障害を有する人。また、施設入所は家族の介護者不在者に適応する。

2. 在宅療養者

自宅で複数の慢性の病気をもちながら生活している高齢者を指し、一般的には介護保険サービスを利用している高齢者である。(老年看護学, 2010 参考)

III. 研究方法

1. 研究デザイン

質的・帰納的方法の 1 つである Grounded theory approach を用いる

2. 研究対象者・研究施設

A 市内の総合病院あるいは老人病院の回復期病棟の 2 施設で実施した。また、高齢者ケアの職業歴 5 年以上有している病院看護師 (高齢者を総合的・包括的に捉えられると考えるため) 9~10 名程度を対象とした。

3. 研究期間

平成 25 年 4 月~7 月

4. 調査手順と方法

福井大学医学部倫理審査委員会と各病院の倫理審査委員会の承認を受けた後、各病院の師長あるいは教育担当者に研究内容を説明し、研究に対応できる対象者の選別とインタビュースケジュールを依頼する。選別された対象者に研究に関してのインフォームドコンセントを文書と口頭にて実施し同意を得る。同意は同時にサインとしても得る。インタビューは半構成的質問

紙にて聴取する。また、インタビューに際しては、IC レコーダーの使用許可も得る。拒否された場合は、インタビュー内容をフィールドノートを用いて筆記する承諾を得る。インタビュー時間は一人につき 1 時間程度とする。

質問内容は以下の通りである。①施設入所者と在宅高齢者との違い②対応においての困難な点と欠如している部分③ケアで注意すべき点について調査前にプレテストを実施し、対象者の反応や注意すべき点を考慮し、修正した後本調査に入った。

5. 分析方法

得られたデータは、grounded theory approach の分析方法に準じて実施する (南, 1999)。対象者は 1 名ずつ聞き取り聴取し、2 人目より分析結果から仮説をもってフィールドに入り、仮説に基づいた聴取も実施する。その仮説は飽和状態になるまで行われ、フィールドで検証する作業を継続する。そのような手法で得られたデータは同じ意味をもつ内容をグルーピングし、仮称としてのネーミングをし、それをさらに理論構築し、修正ながらグルーピングする。このプロセスを飽和状態になるまで継続する。本研究の妥当性を得るため、仮説検証を繰り返し実施したことと、対象者以外の病院看護師に分析結果を説明し、結果検証を実施した。

6. 倫理的配慮

福井大学医学部倫理審査委員会の承認を得る (第 696 号)。病院看護師の勤務スケジュールを鑑み、病棟師長に協力を得て、かつ対象者の都合のよい時間帯にインタビューを実施して仕事に支障をきたさないように配慮する。インタビューの承諾時には、任意であり、拒否は可能であること、話したくない内容に関しては、率直に口頭にてインタビュワーに告げることを説明し、了解を得る。IC レコーダーの使用は、拒否時には対象者の眼前で記録の許可を得る。データは匿名とし、対象者の守秘義務を遵守する。データの保管場所は鍵のかかる所であること、データ処理は、論文作成終了後はシュレッダーにて処理すること、インタビュー場所は、他者に聞かれない病院が準備してくれた部屋で実施する。

IV. 結果

表 1 対象者の特徴

性別	女性	9 名
年齢	平均 SD	36.0 歳 6.9 歳
職業歴	平均 SD	12.3 歳 6.1 年
学歴	大卒 専門学校 通信教育	2 名 6 名 1 名
他資格	保健師 医療事務 医療環境 管理士 NST	2 名 1 名 1 名 1 名
結婚	未婚 既婚 ・離婚（死別含）	3 名 6 名 3 名
家族構成	三世代世帯 独居 二世代世帯	3 名 3 名 3 名

1) 対象者の特徴

総合病院と老人病院の回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ病棟；脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等にて急性期を経過した後、機能回復と退院目的でリハビリテーションを行う病棟）に勤務する 9 名の病院看護師であり、全員女性であった。病院看護師の平均年齢は 36.0 歳，SD6.9 歳，平均職業歴は 12.3 年，SD6.1 年，学歴は大学卒 2 名（総合病院 1 名，老人病院 1 名），看護師専門学校卒 6 名，通信教育卒 1 名（老人病院）であった。また，看護師以外の資格取得では保健師 2 名，医療事務，医療環境管理士，NST 各 1 名ずつであった。結婚歴では，未婚者 3 名，既婚者 6 名でその内死別を含めて離婚者は 3 名であった。家族構成では，三世代世帯 3 名，独居 3 名，二世代世帯 3 名であった（表 1）。

2) 病院看護師が認知する介護施設入所者と在宅療養者の相違

A 市内の老人病院と総合病院に入院してくる高齢患者において，近年介護保険施設の入所者の増加が顕著になってきたことに着目し，ケアにおいて施設入所者

と従来からの在宅療養者の相違とそれに相応したケアの特徴について病院看護師の認知を質的・帰納的方法の 1 つである Grounded theory approach を用いて分析した。分析において 4 つのカテゴリーと 15 のサブカテゴリーを発見した。記述表は《 》はカテゴリー，＜ ＞はサブカテゴリー，「 」は象徴的言語，そして【 】は要素とした。

《病院看護師の基本的姿勢》

病院看護師のケアにおける基本的姿勢とは，病院看護師のケアに対する基本的な考えである「理念」を内包した意味であった。この考えの中軸には社会的契約に基づく（社会が看護師として認める業務や責任）病院看護師としての正義感や責任感をベースにした倫理観があった。

基本的姿勢には，高齢者を受け入れ，ケアの判断基準となる倫理観，ケアリングの際の患者理解，および限られた入院期間での効果的治療を補完するためのケアがあった。このような考え方は病院看護師としての看護ケアにおける共通認識でもあり，実際に内科的治療や手術目的で入院してきた患者の急性症状に対して行うケア姿勢であった。病院看護師の患者の受け入れパターンとしては 2 通りあった。

《病院看護師の基本的姿勢》には，＜病院看護師の倫理観＞＜病院看護師の個別的患者理解＞＜効率の良いシステムケア＞の 3 つのサブカテゴリーで構成されていた。また，本カテゴリーの要素は【受容】であった。

＜病院看護師の倫理観＞

高齢患者が入院し，その患者を受け入れるときに病院看護師には 2 パターンの認知があった。その 1 つは，施設入所者と在宅療養者という認識で受け入れるのではなく，どちらも一患者として公平に受け入れようとする病院看護師と，両者を明確に認知はしているが，一患者として公平に受け入れようとするパターンであった。よって，どちらの病院看護師もケアにおいては全く差別なく平等に関わっていたと捉えることができた。このような病院看護姿勢は，病院看護師の道德観に導かれた率直さ，公平さ，そしてまじめさとして考えられ，「一患者」を受け入れるという明確な意思があった。同時に，病院看護師として培った正義感や責任感が考え方の背景にあった。

A氏は総合病院の呼吸器科病棟に勤務し、職業歴は10年であった。A氏は施設入所者と在宅療養者との相違を認知しつつも患者として受け入れていることを以下に述べた。

もともと施設の方とか在宅の方とかはわかっていますけど、区別したことはないし全部患者さんとして受け入れています

B氏は同病院の脳外科病棟に勤め、職業歴は6年であった。B氏は看護師としての正義感を強調し、差別なくケアを遂行していることを訴えた。

施設に入っているか、在宅者かどうか考えたこともありませんね。そんな風に患者さんを区別して見ていませんから

<病院看護師の個別的患者理解>

病院看護師は、高齢者ケアにおいて家族の役割の重要性を強く認知していた。それは高齢患者が加齢、機能低下、そして度重なる有病による虚弱化に伴い、家族への依存が増強することと、他者に代行できない精神的「絆」が両者間にはあるためであった。そのため家族背景、患者と家族関係、家族内の患者の位置、そして病状やゴール等について情報収集とアセスメントを行い、その結果をケアに生かしていた。

B氏は患者の基本的な情報を調べてから患者に会い、その情報が今後のケアプランへの方向づけを与えていた。B氏は以下のような情報収集を行っていた。

基本的にはその患者さんの家族構成、老々介護なのか、独居なのか、子供と同居しているのか、ADLの程度はどうか、寝たきりなのか、介護サービスを使っているのか位は患者さんが入ってきたら直ぐチェックしますね

C氏（同病院の整形外科病棟に勤務し、職業歴は6年）は高齢患者ケアには家族情報をよく理解しないとケアに繋がらないことを以下のように述べた。

施設の方の家族は共稼ぎですとか、子供がまだ小さいですとか、お家にもう一方病人がおられるとか、いろんな要因で在宅で介護ができないためであり、患者さんに愛情がないとかの理由じゃないこともありますので、そのことをよく理解しておかないといけませんよね

以上のように病院看護師は、家族背景の理解は今後の指導においてより一層重要性が増すことを認知しており、患者理解が患者受容に繋がることを知っていた。加えて、患者や家族に関して、暖かな眼差しで理解しようとしていた。

<効率の良いシステムケア>

患者理解とそれに相応した個別ケアは必然であるが、まずは急性期の治療目的の入院であるためその治療効果の指標にもなるクリニカルパスに沿ってケアを遂行した。C氏も急性期病棟で回復パスというクリニカルパスに沿ったシステムケアを実践していた。C氏は急性期におけると予測される最大限の潜在的リスク要因の予防を図りながら早期の回復に至るようにケアを実施した。

ここは整形病棟で手術目的の患者さんばかりですし、大体入院期間は2週間位ですね。ですから、ADLは比較的良好な人が多く、転倒して骨折という状態で入ってきます。手術をして状態が回復すれば、あとはリハビリをして日常生活が取り戻せてもらえればいいわけです。回復期のある病院へ転院とかうちの回復期病棟へ転棟とかしていただければ私達の仕事はそこで終わりです。あとは継続して他の所でやってもらえればよいだけです

手術目的で入院し、その目的が達成すれば次のステップへ自動的に移行する。ケアとしては継続されるが、急性期ケアの役割は症状軽快と共に終了するのであった。このようなシステムケアは日常生活への回復ニーズの視点において、効率的・機能的・システムのであることは確かであったし有効的であった。ケアする人は変わってもシステムは退院まで（途中転院あるいは転棟が入る）継続し、その姿勢は最後まで変わることなく患者中心の受容姿勢であった。

《施設入所者と在宅療養者の相違》

病院看護師にとって、施設入所者と在宅療養者の相違をケアにおいて大いに認識するのは急性期治療が終了し、機能回復のためのリハビリテーションが開始される移行期から始まった。本カテゴリーにおいて、施設入所者と在宅療養者間でのメリット、デメリットと《病院看護師の基本姿勢》の共通認識において一部重複していた。

施設入所者と在宅療養者の特徴において、高齢患者

指導において大きな相違があった。病院看護師は、個別指導において在宅療養者と家族介護者と深く関わることになる。家族介護者との関係において、過保護、経済的問題、居住距離、介護力不足、およびサポートの程度等と広域に多くの問題があることを認知していた。また、施設入所者と在宅療養者の特徴については、施設入所者の方に重症の認知症者が多いことや両者間の依存と自立においても特徴があった。

《施設入所者と在宅療養者の相違》には、〈施設入所者と在宅療養者の特徴〉〈居住環境から病院環境への適応/不適応〉〈家族から容易に情報収集〉〈在宅療養者の優位性と弊害〉〈施設入所者の優位性と弊害〉の5つのサブカテゴリーで構成されていた。本カテゴリーの要素は【関係性の構築】であった。

＜施設入所者と在宅療養者の特徴＞

病院看護師として認知されている施設入所者と在宅療養者には大きく3つの特徴があった。1つ目は依存vs自立であった。病院看護師は施設入所者の方が看護師への依存が強く、在宅療養者の方は反応やコミュニケーションがよく、自立しようとする意欲もあると捉えていた。2つ目は、疾病の種類であった。施設入所者は、呼吸器系の誤嚥性肺炎の有病率が高く、かつ入院退院を繰り返しているとみていた。加えて、重度の認知症者が施設入所者に多いと感じていた。3つ目は家族関係であり、在宅療養者と家族間で起きている過保護、経済的問題、そして家庭内での立場の逆転からおこる家族関係や物理的距離感が家族負担となっていた。病院看護師もこれらの様々な事柄が複雑であり、かつ難しい問題として理解していた。施設入所者と家族間に関しては、家族関係の希薄さを強く感じていた。1つ目の依存vs自立に関して、D氏（老人病院の回復期リハビリ病棟勤務で職業歴は22年）は以下のように述べた。

- ・仮に認知レベルや機能レベルがほぼ同じであっても、施設からの患者さんは食事とか排泄に関しても「看護婦さんおしっこ」って呼びますし、ベッドから起き上がる時にもこちらから「さあ、起きましょう、靴を履きましょう」って言わないと何もしませんね。ものすごく依存が強いですね
- ・やっぱり施設の方は手がかかるといいますか、患者さんもそうしてもらおうのが当たり前になるっていう環境でしょうかねえ

2つ目の疾病の種類に関して、E氏（同病院の同病棟で職業歴は18年）は、以下のように述べた。

- ・施設の患者さんは慢性疾患の人が多く、特に誤嚥性肺炎の方が多いですね。それも入退院の繰り返しですね
- ・在宅の患者さんは緊急で入って来られる人が多いですね。例えば脳梗塞とか心筋梗塞とか。いずれにしても家に帰りたいと常に言っていて、そのためか闘病意欲があって、回復も早いように感じられますが

3つ目の家族関係に関しては、F氏（総合病院、消化器外科に勤務し、職業歴は9年）は、以下のように述べた。

- ・在宅の患者さんって、経済的には問題ないご家庭から生活保護を受けている方までそりゃピンからキリまでいらっしゃいますね。お金のあるご家庭は退院後も好きなように在宅でサービスを受けられますし、必要な物品だって用意できますよね。でも、問題はお金のない家族の場合なんで、退院時指導時にはSWさんにも参加してもらい、その件で相談させてもらいます。それで家庭に問題がある人やら経済的に問題のある人は、入院時にSWに連絡し、入院中に問題がおきれば、すぐ対応とれる態勢はとっていますよ。で、問題解決にはSWさんがメインにお任せしています
- ・一人暮らしとか老夫婦だけでお暮しの方で、どちらも認知症というケースも最近多いですね。このような方の家族は大体遠方にいらっしゃいますけど、家族に連絡を取って、今後どうしたいのか、誰が介護するのか、施設に入れたいのかなどの情報を取り、そこで在宅なのか、施設なのかをはっきりさせなければいけませんよね。こんな時もSWさんに入っていただき、問題を解決してもらいますね
- ・患者さんは治療を拒否して家に帰りたいという問題がおきた場合、ご本人は今の状況をよく理解していないことなんですね。つまりですね、医師が患者さんにちゃんととはっきりとした告知をしていないんですよ。それってどういうことかといいますとね、がんの告知をしても、その後の転移について直接告げずに、家族のみに告知をして、家族の意向を優先させるのですよ。で、医師は治療したいし、本人は家に帰りたいという時ですね。また、家族は介護できないので施設に入れたがっているし、本人は帰りたいですね。でも家族の意向が勝ちますね。そういう点で、高齢者って、弱い立場ですよ

- ・反対に、家族が過剰に過保護な場合もありますね。経管栄養でも、うちではそんな方法でやっていないとかで、家にいるように病院でも暮らさせたというわけですよ。まあ、できる範囲で家族の言われるようにしていますけどね

臨床で問題解決困難な場合は、病院看護師は他職種との連携で情報提供と問題調整を行い、「橋渡し」の役割を担っていた。施設入所者・在宅療養者両者は退院後の生活場所は家族の意向と家族のおかれている状況によることが明らかになった。よって、在宅か施設かの分岐点は、高齢患者の病状や意思より最終的には患者一家族関係が判断に大きく影響していた。病院看護師は高齢患者および家族との関係においても、信頼を得られるように相互のニーズに応じて納得のいく解決法を模索せざるを得なかったが、関係因子が複雑で専門分野外であるため、患者サイドでサポートすることはかなり困難であった。

<居住環境から病院環境への適応/不適応>

入院することで日常生活の場から非日常環境へと生活空間の変化がおき、そこでの適応・不適応も高齢患者には新たな試練となった。そのことを病院看護師は気づき、予測を含めてケアに反映させていた。B氏・C氏、G氏（総合病院、循環器内科に勤務し、職業歴10年）は環境への適応・不適応に関して以下のように述べた。

- ・入院して直ぐその夜にせん妄をおこす高齢の方がいますけど、これは在宅の人に多いですね。やはり、環境なんだろうかね。施設の方は比較的環境が同じで慣れているのかもしれないね（B氏）
- ・環境要因では在宅の方が夜位に言動がちょっとおかしくなり、その後直ぐせん妄をおこしますね。施設の方より多いのじゃないかなあ。勿論、施設の方も起こしますよ（C氏）
- ・ここは、循環器内科の病棟です。心不全でICU経由で来られるのですが、ICU シンドロームで不穏になったりする方も多いのですが、そのような症状は施設の方が多くに思いますね（G氏）

病院看護師の経験や患者との出会いによって見解に相違があり、どちらも正当性はあると考えられる。環境の適応・不適応は個人差があり、施設入所者や在宅

者だからという決めつけではなく、不適応にならないための予防や配慮が不可欠と考えられた。そのための寄り添うケアや家族の役割も求められた。

<家族から容易に情報収集>

病院看護師の患者理解において情報収集は不可欠であるが、コミュニケーション障害のある高齢患者からの情報収集は難しい。このような時、家族から患者の性格、患者背景、および生活状況等の情報を得ることができれば、容易でかつ正確であった。一方で、家族からの情報収集が困難な場合、ケアに支障をきたすこともあると考えられる。このような条件下で、病院看護師は在宅療養者の家族から比較的容易に情報を得ることができた。反面、施設入所者の家族からの情報収集は困難な場合が多く、全く情報を得られない時は施設にコンタクトを取り、必要な情報を得ていた。加えて、急性期病棟での入院期間の短縮化により患者一看護師の関係が希薄化していることも情報収集に影響を及ぼしていると考えられた。B氏はそのような情報収集を以下のように述べた。

- ・失語のある方はなかなかおっしゃっていることが分からなくて、患者さんも看護師も最後はイライラすることがありますね。そんな時でも根気強く話さないといけないのですが、在宅の方は家族がついていらっしゃるのでその心理面は家族がフォローしてくれますよね。それと家族に話の内容を聞いたりして何とか理解できますが、施設の方は家族が遠方で直ぐに来れなかったり、連絡がとれなかったりするでしょう。そんな時、こちらでなんとかせんとはいけないのですが、これも難しいですね
- ・患者さんの性格や理解力は在宅の方は家族から聞けますし、背景もお聞きして把握できます。でも施設に入っていらっしゃる方は、そこら辺がよくわからず困ることが多いですね。例えばね、手術目的で入ってきているのに、手術を拒否されることがよくあります。何で嫌なんかがよくわからない時があるんですね。そんな時、施設に電話してその人の性格や過去の施設での出来事なんかを聞いたりして、その後の解決の糸口にしたりしています

患者からの情報だけでは限られてしまう中、家族からの情報は一番正確であり、信頼性の高いものであった。よって、病院看護師は家族との関係性も円滑にしておくことは、協力も得られやすいことを認知していた。

<在宅療養者の優位性と弊害>

まず最初に、在宅療養者の優位性は、患者一家族、および家族一看護師との関係性において成立した。在宅療養者である高齢患者およびその家族である高齢配偶者においては、加齢や軽い認知機能低下による理解力の低下のため繰り返し同じ内容を説明する必要があった。このような指導への努力が結実となって得られた時、病院看護師は在宅療養者の方に満足感として得ることができた。しかし、施設入所者は施設ケアを受けられるためこのような指導は実施されなかった。

家族関係では、在宅療養者は治療中に生じるディストレス（distress）は家族のサポートで解消できていた。その他に、退屈な入院生活において、家族の差し入れが最小限の日常生活の取戻しに寄与していた。在宅療養者の優位性に関してB氏、C氏、そしてD氏は以下のように述べた。

- ・認知症の方で、術後に経鼻栄養管とか IVH を入れられたりしますと、それを引っぱたりして取ろうとしますよね。そんな時は仕方なくグローブをつけさせてもらってますけど、在宅の場合ですと、家族が面会に来られた時は家族がおられる間はグローブをはずしてもらってもよいので、施設の方よりはストレスはないと思いますよ。家族の人に手をマッサージされるだけでも違いますよね。看護師も処置時には外すように心がけていますけど。まあ、このような身体抑制はなるべく早くはずすようにしています（B氏）
- ・在宅の人はお家からラジオや本なんかも持って来てもらえて、入院期間中もその人なりの生活を送れますよね。家族がすぐ対応できる分いいですよ。施設の方はそのようなリクエストは家族にも施設にも最初からしませんものね。できない事、わかっているからでしょうねえ（C氏）
- ・寝たきりの患者さんでも在宅で家族が介護する場合、退院に向けて段階を踏んで準備しますよね。家族指導などで家族との関係も密になりますし、当然患者さんとも密になりますので、結果としてですが、看護師も在宅の患者さんの方が達成感とありますが、満足感を得ますよね（D氏）

在宅療養者への指導は加齢や理解困難のため行きつ戻りつの繰り返しによる多大な苦労と努力を要した。しかしその分、看護師にとって、ケアへの達成感や満足感にも繋がった。これらは患者およびその家族 - 看護師の人間関係の構築と目的に向かって困難克服の相

互の成果と考えられた。

一方、弊害では家族構成の変化に伴い、高齢者の独居、老夫婦のみの世帯、および未婚の子との親子同居世帯の増加のため家庭内の介護者不在が高齢者の症状の早期発見に繋がらず重篤化する傾向があった。また、家族の仕事上の関係で日中の家族不在のため夜間における退院時指導のため時間調整に難航した。さらに、在宅介護における不安等がデメリットと病院看護師は認知していた。C氏およびH氏（老人病院勤務、職歴は20年）は在宅療養者の弊害について以下のように述べた。

- ・在宅で老々介護の人は、日中ほとんど病院にいらっしやるのでいつでも対応ができますが、その相手方も患者さんとほとんど同じ状態ですので、指導する時はご家族の方がどうしても必要になります。でも、ご家族が遠方にいらしたり、3世帯のご家族ですとほとんど夜間でしか面会できませんので、血糖やインスリンの指導なんかの時は時間調整が必要です（C氏）
- ・在宅の方は今は独居の方が多いですね。お一人ですと、どうしてもケアが行き届かないというか、症状に気づかないか、放置しているのか分かりませんが重篤化した状態で来られますね（H氏）
- ・退院してお家に帰っても日中家族不在の家庭も一杯いますよ。日中はヘルパーさんに看てもらったりしていますが、状態の安定しないまま連れて帰らなければいけない場合って、結構不安も多いでしょうねえ（H氏）

入院期間の短縮が、地域に住む高齢者数の増加に拍車をかけ、かつ在宅における専門家不在が介護者の不安を拡大する傾向があった。地域医療の拡大や訪問看護の充実が今以上に必要になると考えられる。また、病院看護師の在宅者のケアにもたらされる満足感というメリットは、一方でケア途中においてはデメリットと化していた。そのプロセスがあるため退院時の満足感に繋がっているのかも知れない。

<施設入所者の優位性と弊害>

施設入所者は、退院後のケアは施設に委託しているため、在宅療養者のような個別指導は実施されなかった。よって、患者や家族に指導によるストレスを与えることはないため、他のケアへエネルギーを注入できた。また、病院看護師は、介護福祉施設の機能やケア

の質を理解し、信頼していた。よって、施設入所者へのケアは入院中から退院まで一貫して入院時のレベルへの回復を目指したものであった。B氏は施設入所者の優位性について以下のように述べた。

退院時指導の時は、在宅の患者さんにはスケジュールを作って家族を含めて指導しています。特に服薬管理や吸入指導なんかですし、それ以外には食事指導なんかもやっています。でも、施設の方はそのようなことは施設にお任せになるのでやらなくてもいいでしょう

病院看護師は、介護施設において医療業務を含めて看護業務は可という認知をもっていた。半面、施設ケアの現実を知っている病院看護師からは施設ケアの質に疑問視する部分もあった。それらは、施設内のマンパワー不足によるケアの手抜きや医療関連の知識不足という点であった。

一方、弊害は家族関係であった。家族から物理的に離れて生活することは心理・精神的に影響が強いと考えられた。また、家族のほとんどは在宅療養者と比較して面会回数が少なく、その関係性の希薄化が明確であった。G氏は以下のように述べた。

- ・施設の方は退院後帰る場所は施設ですが、「施設に帰りたい」って誰もおっしゃいませんよね。でも、お家には「帰りたい」っておっしゃいますね。それとか「お父さん」とか「お母さん」とか呼ばったりもしますよ
- ・患者さんの中で、「何もせんでほしい、生きていもしようがないので早く死にたい」なんておっしゃる方もいますが、看護師としては、その位辛いのだあって思いますね
- ・在宅の方はベッド周りに家族の写真を置いたり、コップとかティッシュの配置も決まっていて、そんなのを見ているとお家での生活の様子を垣間見たような感じですし、当然入院中ですので制限はありますがそんな中でも生活のリズムみたいなものをちゃんともっていますよね。それに反して、施設の方は生活を彷彿とさせるようなことがみうけられませんねえ

入院中でも在宅者には生活の営みを感じるが、施設入所者は生への意欲より心身の依存へ変化していることを病院看護師は認知していた。

《高齢者の特徴をふまえたケアリング》

ケアリングとは、ケアとほぼ同義語に扱われているが、強いて言えば「ケア」は現象「ケアリング」は行為と捉えられている（生野，2004）。このような意味において、本研究のデータ分析では高齢者ケアの基盤である看護倫理に則した意思決定の尊重および人生の先輩としての敬意、ケア選択へのジレンマおよび限界等がケアを通して認知されていた。このような病院看護師のケアリングの認知は、入院から退院全体を通してであったが、各移行期（急性期治療から終了、リハビリテーション期、そして退院期）毎にその認知内容は違っていた。

《高齢者の特徴をふまえたケアリング》には、＜デイストレスへの対応＞＜自律の尊重＞＜意欲低下の理解＞＜看護師の患者へのコミットメント＞＜高齢者の自尊心への尊重＞＜病院看護師の限界＞の6つのサブカテゴリーで構成されていた。本カテゴリーの要素は【繰り返し】と高齢者ケアへの【不確かさ】が要素であった。＜デイストレス（distress）への対応＞

急性期ケアの回復過程において、点滴や経管栄養の自己抜去等が回復への阻害要因にならないための身体抑制の装着、および経鼻カテーテルや排尿留置カテーテル自体の不快因子がストレスとなる意味でデイストレスとした。基本的な対応は、デイストレスからの解放は抜去しない限り解決しないため、高齢患者に施行前に誠実な説明と理解を得ることであった。しかし、このような高齢患者の多くは、認知症や寝たきりの人達であったため理解を得ることは困難な状況であった。よって、家族に施行の了解と同意を得、家族にデイストレス緩和への協力も得ていた。B氏はデイストレスへの対応について以下のように述べた。

大抵はおしっこの管を入れられるのが嫌だとか、痛いのが嫌だとかそんなところが嫌がる要因なんです。ですからそこら辺をしっかりと説明してわかってもらわんとあかんですが、これが結構難しいですよ。これが高じますと興奮したり夜間せん妄に繋がったりすることがありますので、先ずは予防ですが、そのケアは大事ですよ

病院看護師はデイストレスによる負の作用についても認知していたが、《施設入所者と在宅療養者の相違》でも記述の通り、家族サポートもケアの中に組み込ん

でいた。施設入所者にはケア時に身体拘束を解放したり、足浴、陰部洗浄、清拭等の快の刺激を与えてデイストレスの軽減に努めていた。このようなケアは高齢患者の「らしさ」の維持に貢献し、「生」へ実感を体感できるケアであった。

<自律の尊重>

高齢患者の治療や手術の選択のみならず、限りある残された人生をどこで、誰に看られ、どのように生きるかの選択も尊重されるべきと病院看護師は考えていた。そのため、高齢者の人生から培った価値観や信念を尊重したケアを提供しなければいけないことも理解していた。E氏は、高齢者の自律に関して以下のように述べた。

うちの両親も同じ所があるので分かるのですが、いまだきのお年寄りって自分の生活のリズムとか、一人での気楽さとか、自由ですので、病気になったからって今更家族一緒に生活したがいらない人って増えているように思うんですね。今更、嫁さんに気を使いたくないでしょう。それと住み慣れた家やご近所の方と離れて、新たな場所にも行きたくないでしょう。そんなんで家族が近いとか遠いとかでなく、福祉サービスを使いながらでも一人で居たいんでしょう。これもその人の生き方なんで、我々がとやかくいう問題じゃないと思いますよ。その人のやりたいように選ぶ権利もあると思いますよね。

E氏の両親も高齢患者とほぼ同世代であり、患者の自由という価値観を尊重し、その選択と生き方を尊重した。

そして、高齢期における大きなライフイベントをものでも、病気に対する考え方や今後の生き方を尊重した。問題は退院後の家族サポートの在り方と患者・家族関係であったが、それらを考慮しつつできるだけ高齢患者らしい生き方に沿うように寄り添った。

<意欲低下の理解>

施設入所者でも在宅療養者でもADL障害は生活の自立や生きることへの自信喪失に繋がると病院看護師は危惧していた。そのような心理状況で生活リハビリへの消極的言動がみられても看護師はその高齢患者の心理・精神状態を理解し、受容した。また、そのための方策も考えていた。A氏やF氏は高齢患者の意欲低下について以下のように述べた。

・入院期間が短くなっている事実はあって、うちで平均2週間位かなあ。で、状態が良ければ少々CRPが高くてもそのまま退院になるわけですよ。その後は、地域の医師や訪問さんにお任せするしかないわけでしょう。とにかく、早期治療して、できるだけ早期に帰すことが我々急性期病棟のナースの命題みたいなものですからね。その大きな目的は施設であれ、自宅であれ、生活場所でできるだけ長く生活してほしいわけですよ。少なくとも病院よりはQOLは確実に上がると信じてますので。それって、生きる意欲に繋がるものですよな
(A氏)

・食事ができなくて入って来られた患者さんに、点滴とか経鼻栄養をしますよね。計算上、水分もカロリーもこれで十分取れますけど、精神的にはいかがなものでしょうか？また、食介で看護師が一生懸命介助して患者さんは10割摂取できても、この患者さんちつとも体重が増えないし、アルブミンも上がらなかったんです。でも、自分のペースで食べられるようになると、それが例えば3割程度であっても体重やアルブミンは上がったんですよ。ここで私が言いたいことは、その患者さんの能力を引き出すケアの必要性なんですね。それが患者さんの意欲にも繋がると思いますよ
(F氏)

高齢患者の残存機能に配慮したケア（完全な自立でなくても、できる意識を感知させるケア）や環境の考慮は高齢者の気づきと行動に繋がりQOLを考慮したものであった。加えて、高齢者の意欲を引き出させるケアの重要性を指摘した。I氏（回復期リハ病棟に勤務し職業歴8年）は以下のように述べた。

・時々患者さんから「いつ死んでもええ」とか言われますけど、こういう人ってやっぱり生きる意欲がないというか、悲観的というか。リハなんかも拒否的ですね。うちの病棟は回復期病棟なので、小さな目標をもってやれば、結構意欲の出る所なんですけどね。また、「リハビリやらなくても、家に帰れば何とかなる」って楽観的な人もいます

障害をもって寝たきり状態になると、生きる意欲が減退し、依存へと変わっていった。自力でできなくなることは、他者への依存へ繋がり、それが引きこもりや究極的なうつを引き起こす誘因にもなる。このような高齢患者は、絶望感以外に何もない心境を理解する必要があった。意欲低下は生の停止に繋がることを理解し、関心のある物、身近な目標を探し、個人の生活

習慣や価値観に根ざしたその人らしい生活を見つけることが何より重要であった。個々の高齢患者の特徴を理解、その個々に則した個別的ケアが高齢者ケアの中核にあった。

＜病院看護師の患者へのコミットメント＞

看護師—高齢患者間の入院中の契約であり、患者に関わることは、病院看護師は責任を負うことを意味していた。患者への契約とは、第1に治療による早期回復であり、第2として入院前のレベルまで機能回復、そして第3には、新たな自分や希望を見つけて自己実現に繋げることを病院看護師は認知していた。I氏はそのことを以下のように述べた。

やっぱり、看護師としては元気になって帰って行ってほしいし、入院前のADLレベルには維持してもらい、新たな自立した生活をしてほしいという気持ちで看護しています

＜高齢者の自尊心の尊重＞

高齢者は人生の先輩として一成人として関わることであり、加齢による偏見をもってはいけないという基本的看護倫理観を個々の病院看護師はもっていた。そのための患者ニーズに沿った個別性や価値観、QOLに向けての善行、誠実、公平というすべての倫理原則に則ってケアすることが個人の自尊の尊重に繋がるという意味であった。E氏は高齢者への自尊ケアについて以下のように述べた。

- ・患者さんは人生の先輩ですので、言葉使いに注意してソフトな声かけを心がけています。決して「おじいちゃん」とか「おばあちゃん」とは呼ばないようにしています
- ・今どのような状況なんか、患者さんから聞かれたらありのままを伝えています。でも落ち込ませるような物言いはしませんよ

＜病院看護師の限界＞

高齢者ケアにおいて、患者側に寄り添い、看護倫理の原則に忠実に実践することは常に病院看護倫理のジレンマとの戦いでもあった。特に高齢患者と家族間のニーズのずれは解決困難な課題として病院看護師に突き付けられ、それに伴う敗北感を味わった。それが病院看護師の仕事への徒労感として、業務システムの【不

確かさ】、看護能力の限界に繋がっていた。F氏、G氏、そしてI氏は以下のように述べた。

- ・看護の限界は、在院日数の期限があることや退院後の患者さんの在宅や施設での様子がわからないということです。外来からの情報も入りませんし。ですから、ブツンと切れた状態で指導がどの位生活の場で生かされているのか見えませんしね。もし、情報があれば、またケアに生かされると思いますけど（F氏）
- ・ケアにおいて難しいところは、患者さんの思いと家族の思いが違う時ですかねえ。患者さんは食べられなくてもPEGなんか入れてほしくないって思っているのに、家族はどうしてもっていう場合とか。このような問題は解決するかっていえば、結局家族の思いの方が勝って、患者さんはそれに従うしかないってことになるんですね。私達は、患者さんの事も分かるし、家族の気持ちも分かるし、一番いい解決方法なんてないわけで、私達の能力不足を感じますねえ。そこが限界ですかねえ（G氏）
- ・もう一つは患者さんのノンコンプラですね。高齢者のダイエットって本当に難しいですよ。ね。「もう年で何でも好きにやらせてもらう」って思いが強い方ですかね。これは糖尿病の食事療法と同じで、いくらいっても駄目ですので、今どう感じているのか、どうしたいのか、何が問題なのかを患者さんの口からいってもらい、そこからご自分の気づきにしてもらうことなんです。私達は、患者さんがどこまでできるかを見極めることなんです。これも家族も含めて指導しますが、押し付けず、ご本人や家族に負担をかけずにできるとこまでやっていただき、それを継続してもらうことなんです。言うは易し、行うは難しですね（G氏）
- ・家族にも一生懸命退院のための指導をしても、最後「やっぱ、家で看るの無理」と言われて施設に入れたケースがあるんですが、こういう時は私達の思いが伝わらなかったんだあって、とても残念な気持ちにおちいますね（I氏）
- ・患者さんの在院日数は骨折で3ヶ月です。し、脳疾患では半年です。で、関わる期間も違いますけど、やはり患者対看護師の人間関係といいますか、相性なんかもあると思いますけどね。認知症の方や寝たきりの方でコミュニケーションがほとんどできない患者さんですと、関わりで信頼してもらっているかといわれると手ごたえははっきりわかりません。（I氏）

このように指導において行ったり来たりを繰り返しながら、患者や家族からも学びかつ病院看護師自身を

見つめていく作業の繰り返しでもあった。結果として、病院看護師自身の自己成長にも繋がっていた。一方で、各期における病院看護師の与えられた役割が終了すると、その後の高齢患者の状態が全くわからない状態であった。高齢患者には今回の入院による疾病のみならず、加齢や他の複数の疾病の影響で予測困難な不確かさがあるため退院後の健康状態や生活状態を知りたがった。よって、病院看護師は病院における一システムとしての役割・機能でしかないのかという限界を感じていた。

《家族問題》

家族問題は、日本社会の家族構造の変化や高齢化に伴って起きる問題であり、その問題が家族介護に大きく押し掛かっていた。この問題は在宅療養者と施設入所者の両者におきていたが、現状としては在宅療養者への比重が高く、虐待を含めて社会問題化していた。病院看護師はその状況を冷静に看ていた。本カテゴリーは、個別ケアが本格的に始まる時期からであり、家族との接触がより強くなってわかる問題であった。

《家族問題》には＜日本家族の現状＞の1つのサブカテゴリーで構成されていた。本カテゴリーの要素は【同調と理解】であった。

＜日本家族の現状＞

日本家族が抱える介護問題には、老夫婦のみの世帯、独居、未婚の息娘の親子世帯の増加に伴って起きていた。これらの世帯は、基本的に老々介護であり、家庭内の介護人不足に直面した。よって、今後の生活維持についての予測不安、家族の近隣不在による対処欠如、家族の無関心さ、そして虐待等が介護問題の深刻さを露呈していた。病院看護師はその問題を身近な問題として【同調と理解】をもって認知していた。家族問題についてA氏、B氏、そしてH氏は以下のように述べた。

- ・施設の人の家族で、入院しても一遍も面会されない家族も結構いらっしゃいますよ。このような家族には、洗濯物が貯まっているからとか病状を説明したいのとか理由をつけて呼び出します。そこで今後の方針なんかを聞き取りしたりします。当のご本人も、別段寂しがったりもなく、極自然ですね。もう、慣れていらっしゃるのでしょうね（A氏）

- ・家族っていいですけど、ここ〇〇なんて、みんな共稼ぎの家族ばかりでしょう。日中ほとんど家族はいないですね。でもそんな所に患者さんを返さないといけないっていうことなんです。それと、最近老夫婦のみの世帯が増えてますでしょう。どちらも理解力がないこともありまして、地域のサービスとの連携がないと医療なんか成り立ちませんからね（B氏）

- ・結婚されない息子さんが、親の介護をされることも多いのですが、息子さんの場合、時に認知症のお母さんを虐待することもありましてね。こんな息子さんって、どこに相談してよいかもわからず、でも何もせずにほったらかしにしてしまうこともあったのですよ。虐待は、過去にも一杯みていますよ。外観的に叩いた外傷が残っていたりとか、殴って硬膜下血腫を作ったりとか、顔にあざがあるとか痛々しいですよ

40歳を超えた病院看護師は、家庭内では介護問題を抱えていたため、この問題は他人事として対処することなく、むしろ自分の問題として同一視しながら捉えていた。また、若い病院看護師（20歳代）では経験はなくても介護問題として理解はできていた。いずれの場合も患者と家族関係を目の当たりにして、病院看護師は真剣に考えざるを得ない状況下であり、簡単に解決の糸口が見つかるような問題でないことも周知していた。

以上より、病院看護師の施設入所者と在宅高齢者のケアの視点から捉えた相違に関する分析結果は以下の通りであった。

病院看護師の施設入所者とケアにおける在宅療養者間の相違の認知において、施設入所者と在宅療養者の共通認識と個々の施設入所者と在宅療養者の3つの概念で構成されていた。また、個々の概念は相互に関連し合い、かつ重複していた。3つの概念を共有する部分は手術と内科的治療であった。病院看護師の共通認識とは、施設入所者や在宅療養者の区別ではなく、一般的な高齢患者としての捉え方であった。共通認識には、患者背景に基づく患者理解があり、その情報を基盤にして、施設入所者と在宅療養者を重複する部分が看護師の倫理観、システムケア、そしてリハビリであった。共通認識は《病院看護師の基本的姿勢》にあった。急性期治療後は、本格的に個別ケアに移行していったが、施設入所者と在宅療養者間での特徴を病院看護師は認

知し、その知識をふまえて生活リハビリへ移行していた。病院看護師は過去の経験を踏まえて、施設入所者は依存性が高く、重度の誤嚥性肺炎や認知症が多いという認知をもっていた。在宅療養者に関しては、施設入所者に比較して自立しているが、家族への依存もあるという認知であった。特に家族を含めた退院時指導においては、患者対応に相違があり、施設入所者には施設に戻るためそのような指導は必要なかった。よって、施設入所者と在宅療養者の相違に沿ったケアが展開された。両者への対応においては、《施設入所者と在宅療養者の相違》であり、《高齢者の特徴をふまえたケアリング》は3概念のすべてを網羅していた。最後に、個々の施設入所者と在宅療養者で《家族問題》

が出現したが、在宅療養者の方の家族に与える問題は多種でより深刻さがあった。施設入所者・在宅療養者のいずれにおいても病院看護師は早期退院を目指しケアをしていた。病院看護師の認知を通してこれら両者のケアから課題も発見された。それは看護業務システムであり、退院後における高齢患者の状況のフォローアップが【不確かさ】と認知され、かつ家族関係を含めた指導において看護能力の限界を感じていた。【不確かさ】には、高齢患者には複数の慢性疾患をもっていることの予測性がつかないことも内包されていた。一方で、病院看護師は在宅療養者と家族指導において、苦勞の果てに達成感や満足感、および自己成長という病院看護師のQOL向上という成果もあった(図1)。

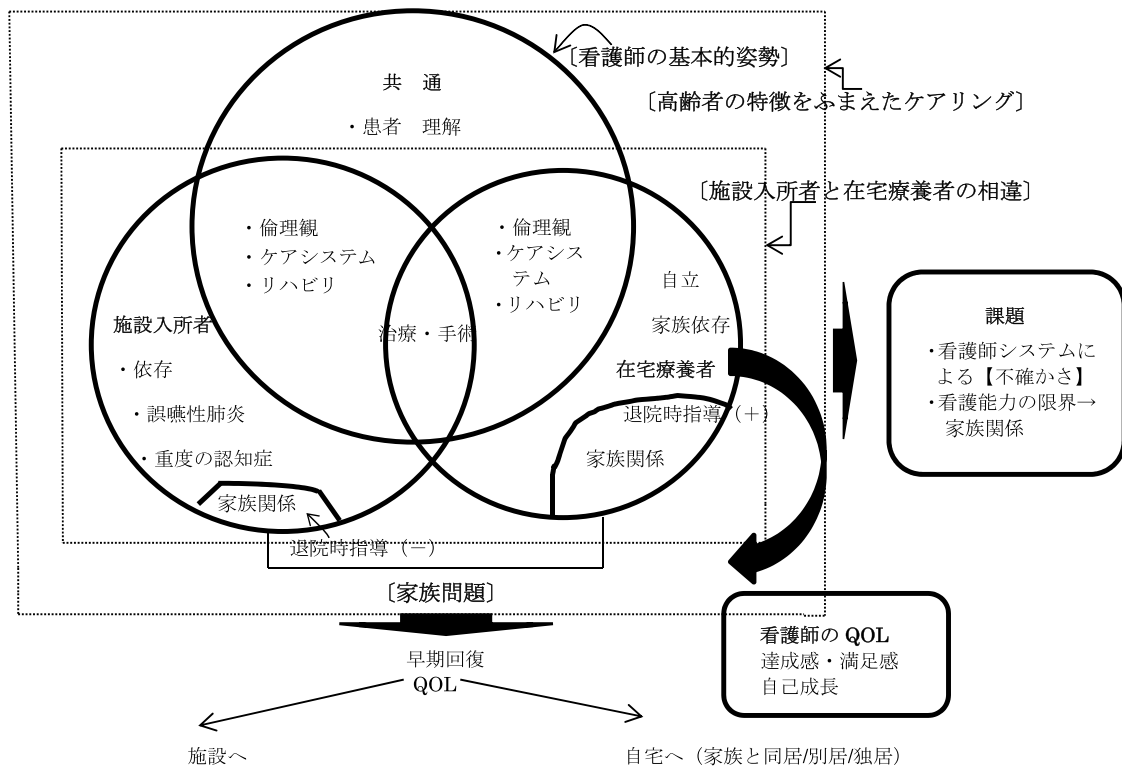


図1 病院看護師の施設入所者と在宅療養者の認知の関連図

V. 考察

病院看護師のケアにおける認知による施設入所者と在宅療養者の相違について、質的・帰納的方法の1つである Grounded theory approach を用いて分析した。病院看護師の両者の相違は、両者である高齢患者の入院から転院・転棟、そして退院のプロセスを通して徐々に変化していった。また、両者の相違は個別ケアへ本

格的に移行するに伴い、明確に区別され、展開していった。しかし、施設入所者と在宅高齢者の相違に対するケアへの区別は決してエイジズム (agism) のような老化による差別意識ではなく、むしろ「すみ分け」という用語に準じたものであった。「すみ分け」とは、本研究において、ADL 障害をもつ高齢者というケア対象の視点では同じであるが、退院後の生活の場(自宅か施

設)の違いが家族指導を含めて、明確に差異があることを意味した。また、施設入所者と在宅療養者は、基本的に何らの疾病による内科的・外科的治療目的で病院に入り、その後機能回復のためのリハビリテーション目的で転院・転棟した人であるが、単に脳血管疾患や骨折患者のみの高齢患者ばかりではなく、呼吸器や循環器疾患をもつ人でも退院後の生活機能回復のためのリハビリテーションが必要と判断された人も含んでいた。

病院看護師のケアにおける認知による施設入所者と在宅療養者間の相違は、時間軸を通して4相の認知プロセスで成立していた。1相目は、入院から急性期治療終了までであり、その期を「症状回復のための探り合い」とした。2相目はリハビリテーション目的で転院・転棟時期から本格的なリハビリテーション実施の頃で、その期を「機能回復に向けての準備」、3相目はリハビリ中期から退院に向けての生活リハビリの時期で、この頃から退院後の棲家において指導内容が大きく異なり「日常生活に向けてのすみ分け」とし、4相目は最後の退院に向けて、高齢患者の自宅訪問をして高齢者の住宅環境に則した退院時指導が開始される時期であり、「退院時指導」とした。

病院看護師の相違の認知では、「病院看護師の基本的姿勢」が、「症状回復のための探り合い」に位置し、「施設入所者と在宅療養者の相違」が、「日常生活に向けてのすみ分け」、「家族問題」が、「機能回復に向けての準備」から「退院時指導」に位置した。なお、「高齢者の特徴をふまえたケアリング」は、入院から退院の全コースに位置した。「病院看護師の基本的姿勢」のカテゴリー内の要素は、【受容】、「施設入所者と在宅療養者の相違」の要素は、【関係性の構築】、「高齢者の特徴をふまえたケアリング」の要素は、【繰り返し】と【不確かさ】、「家族問題」の要素は、【同調と理解】からなった。よって、これらのすべての要素を合わせると、そのまま病院看護師の高齢患者ケアの中心を成していた(図2)。

「病院看護師の基本的姿勢」の要素である【受容】は、倫理原則に則ったケア時の看護判断と実践のための原則であり、差別なく、公平に、病院看護師の道徳観・正義感が基盤にあった。よって、看護の基礎となり、健康障害をもった高齢患者への関わりにおいて、

その人の生き方や考え方を理解し、それを受け入れなければケアはできないということであった。また、その人らしさ(価値観を含む)やその人を取り巻く環境、とりわけ家族との関係は、退院後の高齢患者の生活の在り方と大きく関連した。このことから、個人の高齢患者のみではなく、高齢患者の家族関係を理解することが受け入れることであり、高齢者ケアの骨子となり、この考えがしっかりと根付いていた。「施設入所者と在宅療養者の相違」の要素である【関係性の構築】は、ケアを通して病院看護師が高齢患者と家族との関係において、援助的・補完的な関係構築であった。このような関係構築には、3つのレベルがあり、社会的関係における病院看護師としての責任、対人相互関係における1対1の人間関係の中で、双方向に肯定的関係の構築、そして、技術的關係におけるケアの提供(南, 1987)である。本研究においてもこれらの3つの要素は内包されており、特に高齢患者や家族介護者との信頼関係が重要であった。「高齢者の特徴をふまえたケアリング」の要素は【繰り返し】と【不確かさ】であった。【繰り返し】は、高齢患者の個別性に視点を置いた。個とは人間発達に影響を与える因子の1つであった。主として、生き方、暮らし方、成育史等の個人の固有の背景に関係し、加齢と共に相対的強度を伸ばすもの(水谷, 2005)で、そのような関係因子を理解しつつケアの中で「その人らしさ」を追求するのであった。そのためには病院看護師の指導において、家族を含めて豊かな生活を継続できるように行きつ戻りつ、理解できるまで何回も行った。このプロセスが、病院看護師のケアにおける達成感・満足感というQOLに繋がっていた。【不確かさ】は、高齢患者の退院後の生活において、指導がどのように生かされてるかという情報がどこからも得られなかった。よって、指導という機能的な効力が退院時で切断されることへの曖昧さを指した。加えて、複数の慢性疾患をもつ高齢患者において、今後指導への明確な予測性をもつことができない高齢者特有の【不確かさ】も内包されていた。この【不確かさ】は、慢性疾患患者やがん患者のもつ精神的葛藤として先行研究で発表されているが(Mishel, M, H, 1990)、看護師側に視点を置いた高齢者ケアの曖昧さは今後の課題にもなった。「家族問題」の要素である【同調と理解】は、他者と調子を合わせ、他者の主張に自分の意

見を合わせると広辞苑に記されていたが、高齢者と同世代の親をもつ病院看護師にとって、高齢者やその家族の訴えもよく理解でき、かつ自分の家族とのアイデンティティとして捉えることができた。高齢患者のニーズと家族のニーズにずれが生じた場合は、両者の仲介役として高齢患者に寄り添うケアを常に目指していた。そのようなケアとは、高齢患者の代弁や代役を担うこと、自己決定ニーズの尊重および行使、患者の人権擁護等の看護の倫理に則したアドボカシー (advocacy) の役割 (Fry, 2005) を担うことであった。

システムケアは、病院看護師は入院から退院までクリティカルパスに準じて忠実に実施し、かつそれは回復への目標や指標となった。病院看護師は、急性期治療では在宅者であろうが施設入所者であろうが、そのことが治療に大きな影響を与えないため共通認識として高齢患者として捉えた。一方、個別ケアが本格的になると在宅療養者と施設入所者の相違によるケアの相違が明確になっていた。とりわけ指導において、病院看護師は在宅療養者に対しては、生活リハビリから生活指導を中心に多大なエネルギーを使ってケアを実施した。在宅療養者の家族形態には、独居から三世帯世帯と様々であったが、その中で病院看護師の言葉から最も多かったのが高齢者夫婦の世帯であり、どちらも健康に不安を抱えていたり、軽度の認知症があったりした。そのため高齢患者やその配偶者への教育・指導は困難を要し、同じことを繰り返すことが求められた。本研究で次に多かった家族形態は、親子（未婚息子との同居）家族であった。このような家族の多くは、日中介護者不在のため指導時間の調整を余儀なくされ、かつ完治なく退院することによる在宅での高齢患者の健康状態に関する不確かさや介護不安が家族にはつきまとった。

一方、施設入所者は退院後施設に戻るため病院と同質のケアを施設で提供されることを病院看護師は知っていた。よって、機能回復のリハビリは継続されたが生活リハビリの個別指導はなく、例えば生活上で自立できなくとも施設職員に委託できるため、入院時の機能回復を目指してリハビリは実施されていた。

《施設入所者と在宅療養者の相違》において、双方の特徴にメリット、デメリットはあったが、高齢者はより「人間らしく」「豊かに」生きるために家族サポー

トが非常に重要であるとあらためて明らかになった。団塊の世代が 75 歳になる 2025 年には 4 人に 1 人が在宅医療に世話になることが予測できる（国立社会保障・人口問題研究所, 2013）。加えて、2012 年に診療報酬改定後、在宅療養者人口は急増傾向にあり、今後増々地域医療（訪問看護含）や在宅介護サービスの拡大が求められるであろう。よって、家族に過度の介護負担を課せないように、高齢者と家族の双方が最後まで納得し満足感のもてる介護環境になるように病院と介護福祉サービスが密に連携し、サポートできるような安心感を与える社会が望ましいと考える。また、病院看護師の施設入所者と在宅療養者の相違において、施設入所者には誤嚥性肺炎や重度の認知症者が多いという病院看護師の認知であった。その正当性を検証すると、2010 年現在で、施設入所者は介護老人福祉施設で「要介護 5」が 35.1%、介護老人保健施設で「要介護 4」が 27.1%と最も多いという報告があった。認知症者でも両介護保険施設でランク III（日常生活の支障と行動や意思疎通困難）以上が 70%以上を占めていた（介護サービス施設・事業所, 2010）。よって、施設入所者のかなりの割合で寝たきりで身体予備能力の低下が考えられ、それによる嚥下筋や免疫力低下による誤嚥性肺炎の罹患は十分推察可能であるし、重度の認知症者と考えられた。よって、病院看護師の認知は現実を反映し、正当性があると考えられた。

《高齢者の特徴をふまえたケアリング》において、身体拘束は看護倫理の原則に反する行為にも拘らず、臨床では一般的に行われる行為であった。

それが看護師のジレンマの種でもあったが、健康回復のためという目的で正当化されていた。この矛盾を病院看護師は、在宅療養者の家族サポートで少しは緩和できるように家族の協力を得た。一方で、家族の協力を得られない高齢患者はそのような恩恵は得られず、まさに人権を無視した虐待であった。また、専門職としてのケアにおいては、一貫した正確な観察があり高齢患者の微小な変化も見逃さず感知できた。これは転倒等の予防にも繋がるケアであり安全対策の最優先課題にもなる (Scandrett, 2012) と Scandrett も指摘しているように、高齢者の早期回復において予防は最優先のケアであった。その一方で、高齢者がどこで、誰と住み、どう生きたいかという高齢者の意思がケア

において最も重要であり、それを大命題としてケアすると I 氏は強調したが、高齢者のケアリングを考える時、健康回復もさることながら、その人の価値観を大切に、「その人らしさ」の維持に努めることが最も重要であることを病院看護師の誰もが認知していた。そして、それが高齢患者の QOL に繋がることを確信していた。このような高齢者ケアの個別性の重要性に関して、Morioka らは以下のように報告した。軽度の認知症者を対象に満足度の調査をしたところ、記憶低下に気づいている高齢者より気づいていない高齢者の方が満足度は高かった。しかし、記憶低下に気づいている高齢者でもうつスコアはそれほど低くないという結果が出た。これは環境に適応しようとする高齢者の適応能力があるためで、そのために個別ケアの重要性を指摘した (Morioka, 2004)。高齢患者理解に関して、多くの慢性疾患と ADL 障害をもつ高齢者において、うつになりやすい傾向があるが、このようなうつ症状に適した治療は皆無である。よって、高齢者がどのように絶望的なのか、あるいはどう生きたいのかを理解することが単なる薬物療法より効果があるという報告があった (Ban, T, 1984)。以上の事から、環境への適応と患者ニーズが高齢者の個別ケアに不可欠であることが明らかになった。本研究でも病院看護師は当然そのことを深く認知し、そのための努力を惜しまなかった。一方で、ケアリングの定義の中に、「ケアリングの結果はケアされる人だけではなく、ケアする人の自己実現を意味し、双方が癒されることになる」(看護大事典, 2010) と提起されているように、ケアへの障害があればあるほど、そのプロセスを通して病院看護師自身が学べ、かつ何らかの自己成長に気づかされていた。＜病院看護師の限界＞の中で、病院看護師は病院というシステムの中で一員でしかなく、「私の業務はここまでで、次のステップへ参加できない」という組織の歯車としての意識であった。それはケアや治療の効率のみを追求されるシステムであれば、そこには満足感も達成感もないと考えられた。しかし、病院看護師達は在宅療養者やその家族に対して教育・指導という役割をもらい、患者や家族には信頼感や退院後の生活への自信を与えていた。そのように考えるならば、病院看護師は指導することに満足感があつた。一方で、施設入所者は帰宅への願望は叶えられず施設に戻ることで、「生きたい」と

いう意欲を萎えさせ、自尊心の低下と依存へと傾斜していった事実を本研究で再確認できた。よって、最後まで「自分らしく生活する」という老年看護学の基本理念からは大きく乖離した現実があり、そのことが病院看護師の能力の限界として認知された。それが＜病院看護師の限界＞でもあつた。これが施設ケアにおける今後の大きな課題でもあつた。先行研究による ADL 障害をもつ高齢者（施設入所者）の家族の役割に関して、以下のような報告があつた。高齢者の自己アイデンティティの一致において、施設への面会が家族関係を維持させること、常に高齢者を見守ること、常に施設と密着したコミュニケーションをとることが重要である (Davies, S, 2005) と指摘している。日本の現実には、この報告と真逆な家族も存在するが、施設入所者と家族関係において、適切な距離感で家族のサポートがあれば、施設生活においても入所者の生きがいとなり QOL を維持できるものとする。そのような家族協力を得られるように施設看護師はより高い意識をもって家族へ一層の働きかけが必要と考える。

高齢者ケアの特徴において、寄り添うケアが高齢者ニーズには何より重要である (Merk, P, T, 2012) という報告があつたが、本研究において病院看護師のケアには、身体のみならず、精神面への傾聴、家族指導、問題解決、他職種への橋渡し、および調整等と多様化していたが、そのケアの中核が「寄り添う」「見守る」ケアであつた。そのような点で上記報告と一致した。反面、施設入所者への「寄り添う」ケアは、また施設と病院との連携をもっと密にし、病院からのアドバイスや施設からの近況報告等があれば、病院看護師の意欲や施設ケアの質の向上という正の循環がおきるのではないだろうか。そのように考えるのならば、仕事によるバーンアウトや無力感ではなく、病院看護師もケアを通して満足感や達成感を得ていた。一方で、今後の課題にもなるかもしれない患者中心から家族中心への歪んだ医療者姿勢の結果を生んでいた。現実には、高齢患者の意向は「蚊帳の外」で、その多くは家族の意向を優先していた。高齢患者のこれからどのように生きたいのか、誰に看られたいのかという意味は家族関係の希薄さで一蹴されている現実があつた。

《家族問題》において、家族単位が小さくなるにつれて、介護は夫婦の出来事とか自己責任という個人の

問題へと移行しつつある傾向があり、他者（家族）に迷惑をかけないようにと自己決定する傾向が明らかになった。反面、高齢者が健康時にはこのような自立で問題がなく家族も同意していた。しかし、一端病気をして健康への自信喪失がおきると生き方や暮らし方においても家族への依存傾向が強くなり、これが家族問題化していた。

家族問題の中に、家族の介護負担があるが、これには患者の感情反応、身体的訴え、生活行動に向き合う困難さ等が関連しているという。結果的に、家族は人間性の喪失やストレスに陥る。よって、このような負担をおこさないためには、家族間の相互サポートが重要になり、家族間での感情コミュニケーションが最優

先であり、その他として病気の知識も必要となる。よって、このような介護負担をサポートするためにも十分な家族との人間関係の構築が必要であると指摘している（Lide11, E, 2002）。日本の場合、同居人との関係のみで介護を考えるが、もっと広範囲で家族全体で介護分担を考えると精神的にも余裕ができるのではないかと。また、このような超高齢化社会で生きている者として、介護保険制度の地域機能をもっと充実させ、在宅サービスのさらなる充実を図り、生活に則したよりきめの細やかなケアの提供が求められる。それと、病院と地域連携の密な情報提供と連携も今後一層必要不可欠になっていくだろう。

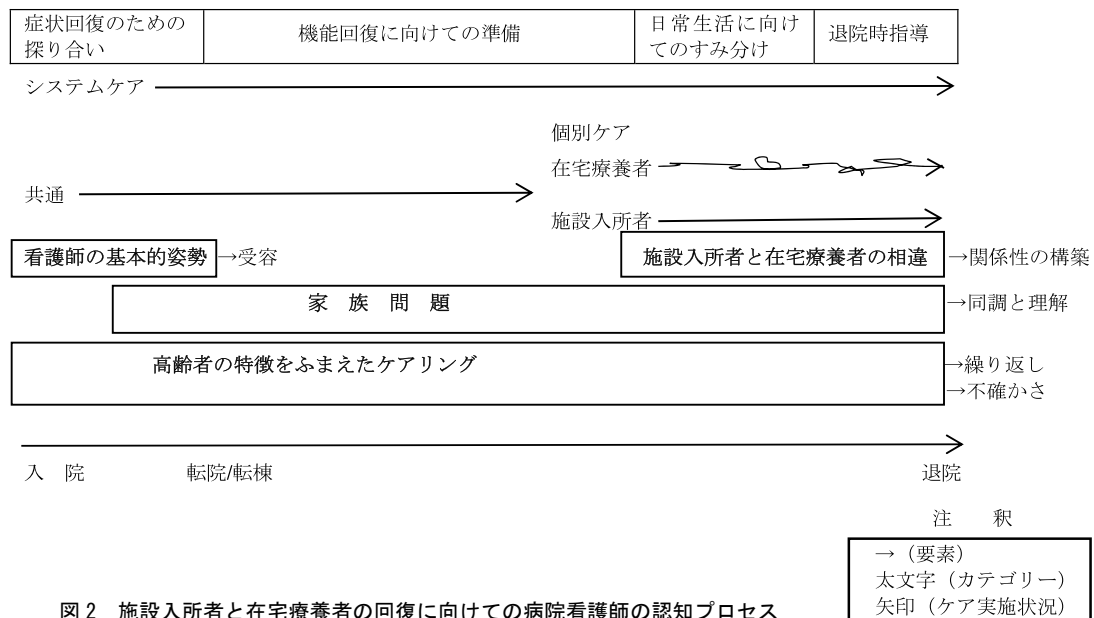


図2 施設入所者と在宅療養者の回復に向けての病院看護師の認知プロセス

VI. まとめ

急性期症状をもって入院した高齢患者の回復プロセスにおいて、新たな病院への転院、あるいは転棟から退院までの移行期において、退院後の棲家（自宅か介護施設）により指導内容に大きな影響がみられた。その直接関与する病院看護師の施設入所者と在宅療養者の相違とそのケアへの認知を分析した。分析結果は以下の通りであった。

1. 病院看護師の施設入所者と在宅療養者の相違の認知には、《病院看護師の基本的姿勢》《施設入所者と在宅療養者の相違》《高齢者の特徴をふまえたケアリング》《家族問題》の4つのカテゴリと15の

サブカテゴリを発見した。

2. 4つのカテゴリは、病院看護師の高齢患者に対しての3つの概念（共通認識、施設入所者、そして在宅療養者）があり、個々の概念とカテゴリは相互に関連し、かつ概念同士は重複し合っていた。

3. 病院看護師の回復に向けての認知プロセスは4相で構成されていた。1相目の「症状回復のための探り合い」は、急性期の治療期で《病院看護師の基本的姿勢》と一致し、その要素は【受容】であった。2相目の「機能回復に向けての準備」は、症状改善後のリハビリ開始から生活リハビリまでの頃で《高齢者の特徴をふまえたケアリング》《家族問題》と一致し、

その要素は【繰り返し】【不確かさ】【同調と理解】であった。3 相目の[日常生活に向けてのすみ分け]は、退院に向けての移行期で《施設入所者と在宅療養者の相違》と一致し、要素は【関係性の構築】であった。これら 4 つのカテゴリーから成る要素はそのまま高齢者ケアの骨子でもあった。

4. 施設入所者は退院後においても病院と同等のケアの質を受けられるため退院時指導は行われなかった。一方、在宅療養者には、家族を含めて退院時指導を実施した。家族も在宅療養者同様、加齢による理解力の低下によって、理解困難があり、繰り返しの説明が必要であった。結果として病院看護師は、達成感、満足感を得ると共に、その困難が自己成長に繋がった。
5. 今後の課題として、システムによる不確かさー退院後のフォローアップができないこと、完治状態で退院していないことや高齢であるため複数の慢性疾患を抱えているための将来の展望がみえないこと、退院指導後に施設に転院させる家族に対する看護能力の限界等があった。

引用文献

- 1) <http://www.jpss.go.jp/pp-shicyoson/j/shicyoson1/1/t-page.asp> : 国立社会保障・人口間音大研究
- 2) <http://www8.cao.go.jp/> ; 高齢者白書, 8, 2011
- 3) Adelheid Zeller, Sabine Hahn, Ian Needham : Aggressive behaviors of nursing home residents toward caregivers, *Geriatric Nursing*, vol.30(3), 175-183, 2009
- 4) Ban, Thomas : Chronic disease and depression in the geriatric population, *Journal of Clinical Psychiatry*, vol.45(3), 18-23, 1984
- 5) Cherry Barbara, Marshall-Gray, Paula, Green Alexia : The geriatric training academy, *Journal of gerontological nursing*, vol. (33), 37-44, 2007
- 6) Davies Sue and Nolan Mike : 'Makin it better' : Self-perceived roles of family caregivers of older people living in care homes : A qualitative study, *International Journal of Nursing Studies*, vol.43, 281-291, 2006
- 7) Durkin W Daniel, Umayam P Sheila, Cleeton Patrick, Whom do veteran nursing home residents prefer to talk to about satisfaction with care, *Journal of gerontological nursing*, vol.38(12), 38-43, 2012
- 8) 生田繁子 : 基本から学ぶ高齢者ケア, 13, 金芳堂, 2002
- 9) 介護サービス施設・事業所調査, 72-74, 厚生労働省大臣官房統計情報部編, 厚生労働統計協会, 2010
- 10) 川島みどり : 老年看護学, 11, 看護の科学社, 東京, 2010
- 11) 看護大事典 第2版 編集 和田攻, 南裕子, 小峰光博, 52, 医学書院, 東京, 2010
- 12) 国民衛生の動向, vol.59(9), 45, 厚生労働統計協会, 2013
- 13) Lidell Evy : Family support-a burden to patient and caregiver, *European Journal of Caridiovacular Nursing*, vol1, 149-152, 2002
- 14) 南裕子, 稲岡文昭 : セルフケア概念と看護実践, 65, へるす出版, 東京, 1987
- 15) 南裕子(監修), 操華子, 森岡崇 : 質的研究の基礎 : グラウンデッドセオリーの技法と手順, 医学書院, 東京, 1999
- 16) Mishel, M, H: reconceptuation of the uncertainty in illness theory, *IMAGY*, 22(4), 256-262, 1990
- 17) Morioka Mizuho, Tanaka Makoto, Matsubayashi Kozo, and Kita Toru : Acceptance of memory impairment and satisfaction with life in patients with mild to moderate Alzheimer's disease, *Geriatric and Gerontological International*, vol.5, 122-126, 2005
- 18) Nicholas G. Castle : Nursing home caregiver staffing levels and quality of care, *SAGE Full-Text Collections*, 375-397, University of Pittsburgh, Pennsylvania, 2008
- 19) Toles P. Mark, Abbott M. Katherine, Hischman B. Karen and Naylor D. Mary: Transitions in care among older adults receiving long-term services and supports, *Journal of Gerontological Nursing*, vol.38(11), 40-46, 2012
- 20) Sara T. Fry and Johnstone Megan-Jane : Ethics in Nursing Practice, the 2nd ed, 片田範子, 山本あい子訳, 5-16, 2002
- 21) Scandrett G. Karen, Anichini A. Mary, Estabrook Sherry, Saliba Debra : Patient safety in the nursing home, *Jounal of Gerontological Nursing*, vol.38(11), 2011
- 22) Shin J Hyun, and Sung-Heui Bae, Nursing staffing, quality of care, and quality of life in U.S. nursing homes, 1996-2011, *Journal of gerontological nursing*, vol. (38)12, 46-51, 2011